

Zuname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) _____ Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) _____ Titel _____
 Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Polizzen-Nr. _____

1.1 Sind Sie Eigentümer oder eine mit der Obhut des Pferdes beauftragte Person (Besitzer; z.B. Betriebsleiter eines Einstellerbetriebes)?

1.2 Seit wann sind Sie Eigentümer oder Besitzer dieses Pferdes? Geburt

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

1.3 Sind Sie Landwirt?

--	--	--	--	--	--	--	--

 Nein Ja, LFBIS-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--

1.4 Sind Sie Mitglied in einem Reitverein, der Mitglied eines Landespferdesportverbands (OEPS-Mitglied) ist?
 in einem österreichischen Pferdezuchtverband?

Vereins-/Zuchtverbandsname: _____ Auf Anfrage muss diese Mitgliedschaft nachgewiesen werden.

2 ANGABEN ZUM PFERD

Name _____ Rasse _____ Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Farbe (lt. Pferdepass) _____ 15-stellige Lebensnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (UELN = Universal Equine Life Number) Hengst ♂ Wallach ◦
 Stute ♀ Geschlecht

2.1 Hauptverwendungszweck (Einfachauswahl) Pferd ohne Reiten (außerhalb einer spezifischen Nutzung; Weidehaltung) Freizeitpferd (Reiten & Fahren) Sport-/Turnierpferd (Reiten & Fahren) Holzrückenpferd Zuchtpferd Schul- und Verleihpferd Coaching-/Therapiepferd

2.2 Hauptsächlicher Ort der Unterbringung Gleiche Adresse wie Versicherungsnehmer

Stallname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

3 GESUNDHEITS- UND RISIKOFRAGEN (LEBENS- & KRANKENVERSICHERUNG):

3.1 Ist das zu versichernde Pferd Ihres Wissens gesund (aktuell keine erkennbaren Krankheitszeichen)?
 Ja Nein (keine Antragsannahme in der Kranken- und Lebensversicherung): _____

3.2 Hat das Tier Fehlentwicklungen, Veränderungen (z.B. Ataxien) oder Mängel? (einzelne Haftungsbeschränkungen aufgrund dieser Angaben werden vom Versicherer bekannt gegeben)
 Nein Ja: _____

4 WEITERE FRAGEN (KRANKENVERSICHERUNG):

4.1 Wurde das Pferd bereits aufgrund einer Kolik operiert?
 Ja (keine Haftungsübernahme für Schäden, die auf diese Krankheit zurückzuführen sind) Nein

4.2 Hatte das Pferd Lahmheiten, die länger als 14 Tage angedauert haben, Arthrosen oder Arthroskopien?
 Nein Ja (keine Haftungsübernahme für Schäden, die auf diese Krankheit zurückzuführen sind), Ursachen: _____

4.3 Wurden tierärztliche Behandlungen (ausgenommen Impfungen, Zahnpflege oder Routinebehandlungen) in den letzten 36 Monaten beim Pferd durchgeführt? Nein Ja (keine Haftungsübernahme für zukünftige Operationen (OP), die im Zusammenhang mit diesen Behandlungen stehen), Behandlungen: _____ ohne OP mit OP

4.4 Hat ihr Pferd die Verhaltensauffälligkeit „Koppen“?
 Ja (keine Antragsannahme für die konservative Kolik-Behandlung und Kolik-Operationen) Nein

4.5 War das Pferd zuvor bereits kranken- oder OP-kostenversichert? Nein Ja

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
 Ich (Betriebsführer & Versicherungsnehmer) entbinde den/die für mein Pferd zuständigen (bei Wechsel auch zukünftig zuständigen) Tierarzt/-ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht und ermächtige ihn/sie über mein Pferd in allen Versicherungsangelegenheiten der Österreichischen Hagelversicherung Auskunft (z.B. Befunde, Diagnostik, Behandlungen, Medikation, Betriebsberatungen, etc.) zu erteilen. Ich wurde über den Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung beraten.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 _____ Datum _____ Ort _____ Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben (Bestandteil des Antrages) und verpflichte mich, **inhaltliche Änderungen** der Österreichischen Hagelversicherung **anzuzeigen**.